

هوالباقی

ابزارهای اندازه گیری  
( درد، زخم بستر، سقوط از تخت )

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر مطلبی  
گرد آورندگان:

الهه تقوایی  
اکرم زاکانی

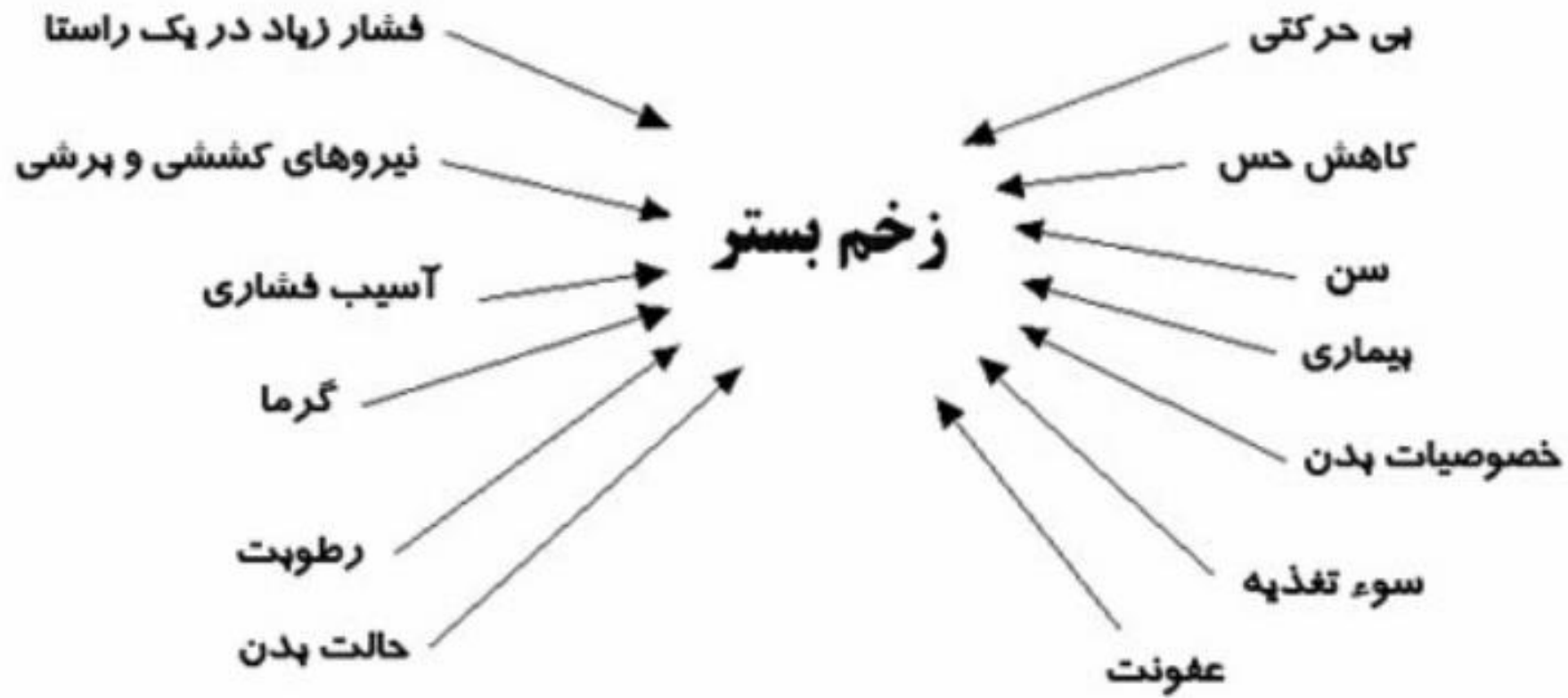
# زخم فشاری (زخم بستر)

## تعریف

زخمهای بستر زخمهای مزمنی هستند که در نتیجه نکروز به دنبال تحت فشار قرار گرفتن بافت نرم و ایسکمی طولانی و غیر قابل برگشت آن ایجاد میشود شایعترین محل‌های درگیری جاهایی هستند که بافت نرم یک برجستگی استخوانی را میپوشاند

## عوامل داخلی

## عوامل بیرونی



# Bed sores – how they develop

Hamyarbimar.ir

## STAGES

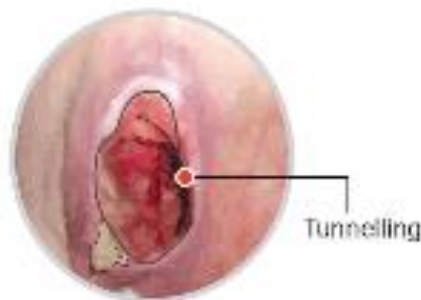
- 1 A bit of redness that doesn't lighten when pressed. Site might be painful, especially when touched.



- 2 Part of the skin might have peeled off. The area looks like a blister, or a blister that has burst.



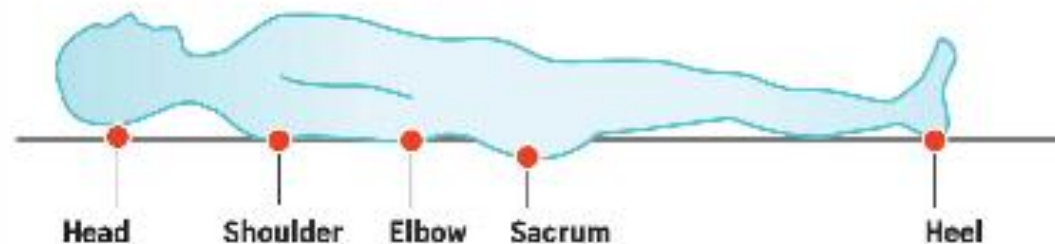
- 3 By now, it is a deep wound, often with some fat exposed. It looks like a crater, possibly with yellowish dead tissue at the bottom. If there is tunnelling, the wound would be deeper than what can be seen.



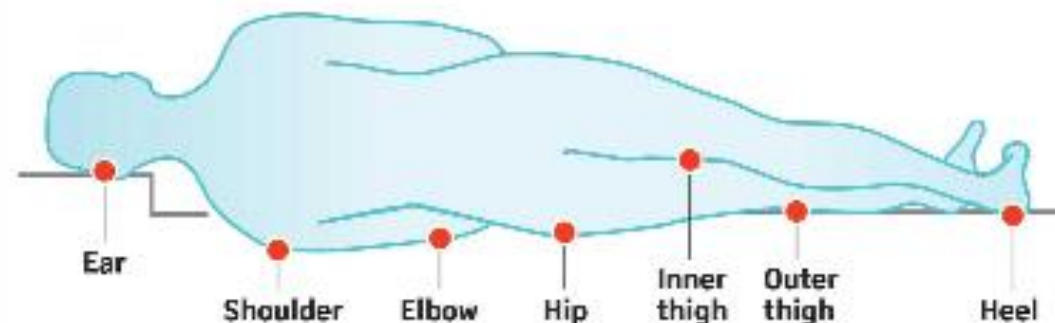
- 4 The wound is so deep that muscle, bone and tendon are exposed, with a significant amount of dead tissue at the base, either yellowish, or even dark and crusty.



## WHERE THEY DEVELOP



Results from pressure, shearing force and friction.



Common sites are bony, prominent parts of the body.

## PREVENTION AND TREATMENT

- Turn patient every two hours.
- Ensure sufficient nutrition and water intake.
- Apply moisturiser and cream that protects against moisture.
- Get patient out of bed – to walk or sit.
- Change diapers at least every four hours.
- Use cushions to reduce pressure.

# اساس پیشگیری از زخم بستر

- محافظت از فشار و ساییدگی و کشش
- تغذیه کافی و آبرسانی
- مراقبت مناسب پوست
- آموزش بیمار و خانواده

## شایعترین ابزار کاهش فشار

- تشک و بالش استاتیک
- فشار متغیر
- Low air loos
- High air loos
- درمان نوسانی (ضربانی) pulsation therapy

## پیشگیری از زخم بستر

- ✓ درجه بندی زخم بستر و طبقه بندی بیماران در معرض خطر
  - ✓ اقداماتی که منجر به کاهش آسیب فشاری به پوست بیماران، محافظت علیه تأثیرات متقابل فشار، اصطکاک و کشش می گردد
- ## بررسی بیماران آسیب پذیر

قدم اول در استراتژی پیشگیری از زخم بستر مشخص کردن بیماران در معرض خطر می باشد:

وضعیت خطر زخم بستر با بکارگیری یک ابزار سنجش خطر شناخته شده

- مدارک در خصوص تاریخچه پرستاری، پزشکی و اجتماعی
- جزئیات هرگونه سیستم حمایتی پیشگیرانه یا بردارنده فشار که قبلاً استفاده شده است

- بررسی وضعیت پوست و ثبت هرگونه آسیب فشاری

# رایج ترین ابزار ارزیابی پیش بینی زخم بستر

✓ معیار نورتون

✓ معیار بردن

✓ معیار واترلو

✓ (ابزار ارزیابی روند بهبود زخم) Push معیار

# معیار نورتون (Norton scale)

این معیار یکی از شایعترین سیستمهای ارزیابی بیماران در معرض خطر ایجاد زخم های فشاری می باشد و شامل موارد زیر است:

✓ وضعیت جسمانی

✓ سطح هوشیاری

✓ فعالیت

✓ تحرک

✓ بی اختیاری

به هریک از فاکتورهای فوق از ۱ (خیلی بد) تا ۴ (خوب) نمره داده می شود. نمرات پایین نشانگر خطر بالا می باشد. براساس مجموع نمرات بدست آمده، بیماران به گروه های زیر دسته بندی می شوند:

۱۴ > کم خطر

۱۴-۱۳ خطر متوسط

۱۰-۱۲ پرخطر

۹ > خیلی پرخطر



# معیار نورتون

بی اختیاری	تحرک	فعالیت	وضعیت ذهنی	وضعیت جسمانی	
ندارد	کامل	متحرک	آگاه	خوب	۴
گهگاه	محدودیت جزئی	قدم زدن با کمک	بی تفاوت	متوسط	۳
معمولا دارد	خیلی محدود	محدود به صندلی	مغشوش	ضعیف	۲
مدفوع وادرار	بی حرکت	محدود به بستر	گیج کند ذهن	خیلی بد	۱

# معیار بردن ( Braden scale )

معیار بردن شامل موارد زیر است:

✓ فعالیت

✓ تحرک

✓ درک حسی

✓ تغذیه

✓ رطوبت

✓ برش/اصطکاک

هر حوزه در معیار بردن از ۴ (خوب) تا ۱ (خیلی بد) نمره بندی می شود. نمرات پائین نشانگر بالاترین خطر هستند.

بر اساس نمره بیمار ان به صورت زیر دسته بندی میشوند

کم خطر ۱۸-۱۶

خطر متوسط ۱۵-۱۳

پرخطر ۱۲-۱۰

خیلی پرخطر کمتر از ۹

# معیار بردن

کشش	تغذیه	تحرك	فعالیت	رطوبت	درک حسی	
	عالی	بدون محدودیت	اغلب راه میرود	به ندرت مرطوب	فاقد اختلال	۴
بدون مشکل واضح	کافی	محدودیت جزئی	گاهگاه راه میرود	گاهگاه مرطوب	محدودیت جزئی	۳
مشکل بالقوه	احتمالاً ناکافی	خیلی محدود	وابسته (محدود) به صندلی	خیلی مرطوب	خیلی محدود	۲
مشکل	خیلی ضعیف	کاملاً بی حرکت	وابسته (محدود) به تخت	مداوم مرطوب	کاملاً محدود	۱

# معیار و اترلو

معیار و اترلو شامل موارد زیر است:

✓ وزن

✓ بی اختیاری

✓ نوع پوست

✓ تحرک

✓ جنس

✓ سن

✓ اشتها

✓ خطرهای ویژه (سو تغذیه، نقص عصبی، جراحی/تروما و درمان دارویی) نمرات پایین بیانگر خطر کم است.

بر اساس نمره بیماران بر اساس زیر دسته بندی میشوند

کم خطر کمتر از ۱۰

خطر متوسط ۱۰-۱۵

پرخطر ۱۵-۲۰

2/7/2018

12

خیلی پرخطر بیشتر از ۲۰

# معیار و اثرلو در پیش بینی زخم های فشاری

مورد ارزیابی	جنس	سن	جثه	اشتها	بررسی بصری از مناطق در معرض خطر پوست	حرک																						
عوامل	مرد	زن	۱۴-۴۹	۵۰-۶۴	۶۵-۷۴	۷۵-۸۰	بالای ۸۰ سال	متوسط	بالای متوسط	چاق	پایین متوسط	متوسط	ضعیف	لوله معده-فقط مایعات	بی اشتها-NPO	سالم	نازک و شکننده	خشک	ادماتوز	سرد و چسبناک	سابقه زخم یا اسکار	بی رنگ	از هم گسیخته	کامل	بیقرار	آرام و بی تفاوت	محدود	فاقد حرکت
نمره	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۵	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۶

## ابزار ارزیابی روند بهبودی زخم بستر(پوش)

نمره	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اندازه زخم طول*عرض (cm)
	۲/۱-۳	۱/۱-۲	۰/۷-۱	۰/۳-۰/۶	کمتر از ۰/۳	۰	
	۱۰	۹	۸	۷	۶		
	بیشتر از ۲۴	۱۲/۱-۲۴	۸/۱-۱۲	۴/۱-۸	۳/۱-۴		
نمره			۳	۲	۱	۰	مقدار اگزودا
			زیاد	متوسط	کم	ندارد	
نمره		۴	۳	۲	۱	۰	نوع بافت
		بافت نکروز	بافت اسلاف	بافت گرانوله	بافت اپیتلیال	بافت بسته	
نمره کل							

# ابزارهای ارزیابی سقوط

# سقوط از تخت

## شاخص های بیماران در معرض سقوط

- ✓ فقدان هوشیاری
- ✓ نداشتن همراه
- ✓ کهولت سن
- ✓ توهم
- ✓ کاهش ناگهانی فشار خون
- ✓ ضعف بینایی
- ✓ نابینایی
- ✓ معلولیت
- ✓ درد غیرقابل تحمل
- ✓ مصرف دارویی که باعث گیجی شود
- ✓ سابقه سقوط از تخت
- ✓ تکرر ادرار
- ✓ بی قراری





## راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار



بالا نگهداشتن  
حفاظ تخت بیمار

متاسب بودن  
ارتفاع تخت

فشردن زنگ  
احضار پرستاری

توجه به موانع



استفاده از  
حفاظ تخت

استفاده از عصا

استاده از واکر

استفاده از دمپایی  
و کفش مناسب

# اهداف پیشگیری از سقوط

- ▶ اهداف کلی
  - ▶ افزایش ایمنی بیمار بستری
  - ▶ افزایش رضایتمندی بیماران
- ▶ اهداف جزئی
  - ▶ کاهش تعداد موارد سقوط بیماران
  - ▶ کاهش آسیب و جراحت ناشی از سقوط بیماران
  - ▶ افزایش کیفیت مراقبت و جراحت ناشی از سقوط بیماران

## مداخلات بیمارستانی جهت کاهش سقوط

- ▶ مداخلات شناسایی حذف و کنترل عوامل خطر
- ▶ مداخلات شناختی
- ▶ مداخلات فیزیکی
- ▶ مداخلات دارویی
- ▶ مداخلات محیطی

## ارزیابی ریسک سقوط بیمار مورس

امتیاز	شاخص	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۱۵	بله	تشخیص ثانویه (سن - سابقه بیماری - مصرف دارو و ...)
۰	خیر	
۳۰	کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (کمد - صندلی و ...)	وسایل کمک حرکتی
۱۵	واکر - عصا - عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت - بی حرکت - بدون هیچ وسیله کمک حرکتی	
۲۰	بله	IV درمانی یا هپارین لاک
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۰	بیحرکت - استراحت در تخت - طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیت های حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود	

2/7/2018

## امتیاز ریسک افتادن بیمار

ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵-۴۴
ریسک کم	۰-۲۴

# Berg Balance Scale:

- ▶ The Berg Balance Scale (BBS) was developed to measure balance among older people with impairment in balance function by assessing the performance of functional tasks
- ▶ **Description:** 14-item scale designed to measure balance of the older adult in a clinical setting .
- ▶ **Equipment needed:** Ruler, two standard chairs (one with arm rests, one without), footstool or step, stopwatch or wristwatch, 15 ft walkway
- ▶ **Time:** 15-20 minutes
- ▶ **Scoring:** A five-point scale, ranging from 0-4. “0” indicates the lowest level of function and “4” the highest level of function. Total Score = 56

## ITEM DESCRIPTION      SCORE (0-4)

1. Sitting to standing \_\_\_\_\_
2. Standing unsupported (2 min) \_\_\_\_\_
3. Sitting unsupported \_\_\_\_\_
4. Standing to sitting \_\_\_\_\_
5. Transfers \_\_\_\_\_
6. Standing with eyes closed (10 s) \_\_\_\_\_
7. Standing with feet together (1 min-30 s -15 s) \_\_\_\_\_
8. Reaching forward with outstretched arm \_\_\_\_\_
9. Retrieving object from floor \_\_\_\_\_
10. Turning to look behind \_\_\_\_\_
11. Turning 360 degrees (4s ) \_\_\_\_\_
12. Placing alternate foot on stool (20 s -8 foot) \_\_\_\_\_
13. Standing with one foot in front (30 s) \_\_\_\_\_
14. Standing on one foot (10 s -5 s -3 s ) \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_(    ) TOTAL SCORE (Maximum = 56)

## Example

### SITTING TO STANDING INSTRUCTIONS:

1. Please stand up. Try not to use your hand for support.
- ▶ (   ) 4 able to stand without using hands and stabilize independently
  - ▶ (   ) 3 able to stand independently using hands
  - ▶ (   ) 2 able to stand using hands after several tries
  - ▶ (   ) 1 needs minimal aid to stand or stabilize
  - ▶ (   ) 0 needs moderate or maximal assist to stand

**Interpretation:** 41-56 = low fall risk

21-40 = medium fall risk

0 –20 = high fall risk



# Pain



2/7/2018

24



# Pain Assessment Tools

- ✓ Unidimensional Scales Rating scales
- ✓ Multidimensional

## Unidimensional Scales Rating scales





Provide a simple means for patients to rate pain intensity. Typical scales use numeric (e.g., 0-10), verbal (word), or visual (image)

- **Numeric rating scale (NRS):** The NRS is the most commonly used rating scale. Patients rate their pain on a 0-to-10 scale or a 0-to-5 scale, with 0 representing “no pain at all” and 5 or 10 representing “the worst imaginable pain.”
- **Visual analog scale (VAS):** The VAS consists of a 10-cm line, with anchors at either end. One end is marked “no pain” and the other end is marked “pain as bad as it could be” or “the worst imaginable pain.” The patient marks the place on the line to indicate his or her pain intensity. The clinician then measures the line with a ruler and assigns a score.

# Unidimensional Scales Rating scales

■ Categorical scales: Categorical scales provide a simple means for patients to rate pain intensity using verbal or visual descriptors of the pain. Melzack and Torgerson introduced a scale with five verbal descriptors (i.e., mild, discomforting, distressing, horrible, and excruciating). The Faces Pain Scale (FPS) for Adults and Children and the Wong-Baker Faces Rating Scale (for children) are categorical scales with visual descriptors. The FPS consists of eight images of faces with various expressions (e.g., smiling, frowning, grimacing). The patient selects the face that is consistent with his or her current level of pain.

## جدول ارزیابی درد

										
0 بدون درد	1 خیلی ملایم	2 ناراحتی	3 قابل تحمل	4 اندوهناک	5 بسیار اندوهناک	6 شدید	7 خیلی شدید	8 کاملاً مخوف	9 شکجه آور	10 غیر قابل تصور
بی درد	درد خفیف			درد متوسط			درد شدید			
احساس کاملاً طبیعی	نق زدن و رنجش بدون تاثیر بر فعالیت های روزمره. بیمار قادر به تحمل درد با مسکن های معمولی، تکنیک های روانشناسی و انقباض اندام درگیر می باشد.			بر روی الگوی فعالیت روزمره تاثیر می گذارد الگوی زندگی نیاز به تغییر دارد اما بیمار غیر وابسته باقی می ماند. ولی قادر به سازگاری با درد نیست.			ناتوانی کامل : بیمار قادر به انجام فعالیت های روزمره نیست : و از نظر تمام فعالیت های شخصی وابسته به دیگران است.			

1. Bryant RA, Nix DP. Acute & Chronic Wounds. 4th ed. St. Louis: Missouri; 2012.
2. Mogarehi M, Zarif Sanaiey N. Pressure Sore Incidence and Risk Factors in Patients Admitted in Medical, Surgical and Orthopedic Wards in Affiliated Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Iran Journal of Nursing 2003; 16(34): 7-13.
3. Abdolrahimi M, Bolourchifard F, Yaghmaei F, Akbarzadeh Baghban M. Determination of Pressure Ulcer Incidence and Its Related Risk Factors at Orthopedic Wards: A Descriptive Study. J. Basic. Appl. Sci. Res. 2013; 3(2): 296-301.
4. Akbari Sari A, Doshmangir L, Neghahban Z, Ghyasipour M, Beheshtiza Vareh Z. Rate of Pressure Ulcers in Intensive Units and General Wards of Iranian Hospitals and Methods for Their Detection. Iranian J Publ Health. 2014 June; 43(6): 787-792.
5. Lippincott Williams & Wilkins. Wound Care Made Incredibly Easy. 2th ed. 2007.
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

7. Max MB, Payne R, Edwards WT, et al. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 4th ed. Glenview, IL: American Pain Society; 1999.
8. Campbell J. Pain as the 5th vital sign [presidential address]. American Pain Society, November 11, 1996.
9. Booss J, Drake A, Kerns RD, et al. Pain as the 5th Vital Sign Toolkit. Geriatrics and Extended Care Strategic Healthcare Group, National Pain Management Coordinating Committee, Veterans Health Administration. Revised edition. October 2000.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain management standards. Effective January 1, 2001. Available at:
11. Jacox AK, Carr DB, Chapman CR, et al. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma Clinical Practice Guideline No. 1. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1992. AHCPR publication 92-0032.
12. Sweeting HJ. patient fall prevention-a structured approach, journal of nursing management. 2008





**THANKS FOR YOUR ATTENTION**